

Sanità pubblica e privata

PIÙ IDEOLOGIA
E MENO CUREdi **Alessandro Petretto**

La proposta di abolire l'intramoenia, recentemente riemessa, ripropone una discussione ben più ampia che riguarda il tipo di sistema sanitario desiderato, l'equità effettiva di questo e il suo universalismo. Equità in questo contesto significa garantire a tutti l'opportunità di raggiungere, indipendentemente dalle condizioni economiche, sociali e territoriali, un buono stato di salute, con il recupero della funzionalità fisica, l'assenza di complicanze e adeguate aspettative di vita. L'universalismo si misura con riferimento alla copertura dei rischi di salute, verificando la sua «estensione», cioè la quota di popolazione a cui è garantita la cura e le relative prestazioni, la «profondità», cioè il numero e le caratteristiche dei servizi inclusi nel pacchetto garantito e l'«altezza», cioè la quota di costi dei trattamenti finanziati dal servizio sanitario e quindi non direttamente pagati dai pazienti. In tutti questi parametri il Servizio sanitario in Toscana raggiunge buoni livelli ma non è esente da criticità.

In tutti i Paesi europei i sistemi sanitari sono basati su tre pilastri: il primo è destinato a coprire livelli essenziali di assistenza, i nostri Lea, che definiscono formalmente l'area di responsabilità pubblica nei confronti del diritto alla salute. Si aggiunge poi un secondo pilastro, rivolto a coprire le prestazioni extra-Lea, come l'odontoiatria, le protesi, le prestazioni in strutture residenziali, l'assistenza infermieristica domiciliare, il *long term care*, la medicina non convenzionale, i ticket e appunto anche i ricoveri intramoenia. Questo pilastro negli altri Paesi è finanziato dalle assicurazioni integrative, come i fondi sanitari aziendali e di categoria, e le mutue volontarie non-profit. Un terzo pilastro riguarda la spesa privata, eventualmente sostenuta da società assicurative private, a copertura delle spese così dette *out-of-pocket*. La differenza tra i Paesi europei sta nelle dimensioni relative dei tre pilastri.

In Italia, l'ampiezza del primo pilastro, dovuto al carattere di onnicomprensività assunto nel tempo dai Lea, ha limitato lo sviluppo del secondo, impedendo, di fatto, l'affermazione dei fondi sanitari pubblici e aziendali, previsti fin dalle riforme dei primi anni Novanta. La copertura con assicurazione

integrativa del secondo pilastro è poco più dell'1% della spesa sanitaria complessiva, mentre, ad esempio, rappresenta il 12,8% in Francia, il 10% in Germania e l'8,4% in Irlanda. Questa evoluzione non ha però limitato il terzo pilastro, che, anzi, è venuto, nel tempo, crescendo in aggregato.

L'Italia è infatti uno dei Paesi in cui la spesa privata (quasi tutta *out-of-pocket*) è cresciuta più della spesa pubblica, soprattutto a causa del fenomeno del razionamento, sotto forma delle liste di attesa presso le strutture pubbliche, che spinge, in molte Regioni, anche la nostra, numerosi utenti fuori dal servizio pubblico, per un'ampia gamma di prestazioni. Ciò avviene con buona pace del carattere universalistico sbandierato e producendo il paradosso secondo cui il sistema sanitario italiano, dichiaratamente pubblico, in realtà ha una spesa sanitaria pubblica che è circa il 76% del totale, mentre è circa l'87% nel Regno Unito. Chi si cura direttamente di tasca propria, anche pagando le imposte generali, non saranno i «poveri», che sembra stiano a cuore ai nemici dell'intramoenia, ma certamente vi sono moltissimi contribuenti medi con gravi condizioni di salute. Il fenomeno delle assicurazioni sanitarie è comunque in crescita e sta generando un mercato importante anche in Italia. E qui scatta il veto ideologico, non sia mai che si sviluppi una sanità privata integrativa e complementare! Anche se questa potrebbe allargare l'estensione e la profondità della copertura delle cure.